IZPP^Φ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK
Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten
Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil ISSN: 1869-6880

Herausforderndes Verhalten bei Demenz als wiederkehrender Anlass ethischer Reflexion im Krankenhaus

Annette Riedel und Anne-Christin Linde

Zusammenfassung

Menschen mit Demenz beziehungsweise mit kognitiven Veränderungen werden in Zukunft noch stärker als bisher den Klinikalltag prägen und beeinflussen. Die Interaktion, Begegnung und Versorgung dieser vulnerablen Zielgruppe fordert spezifische demenzsensible Konzepte und fachliche Expertise, sie fordert ethische Sensibilität und Ethikkompetenzen. Exemplarisch greift der Beitrag das herausfordernde Verhalten auf, das seitens der professionell Pflegenden vielfach als belastend und in Bezug auf die zwischenmenschlichen Interaktionen und die geforderte professionelle Beziehungsgestaltung als verunsichernd erlebt wird. Das Augenmerk der Handlungs- und Entscheidungsunsicherheit bezieht sich im pflegeprofessionellen Alltag aktuell vielfach auf genuin pflegefachliche und/oder organisatorisch-ablaufbezogene Aspekte.

Den Besonderheiten der Verhaltensweise in der Institution Krankenhaus und der Vulnerabilität der Menschen mit kognitiven Veränderungen sind des Weiteren insbesondere spezifische ethische Dimensionen inhärent. Auf diesen liegt nachfolgend der Schwerpunkt der Ausführungen. Der professionelle Umgang mit ethischen Dimensionen fordert ergänzend – im Sinne von vervollständigend! – zum evidenzbasierten Wissen und Handeln eine ethische Sensibilität, konsequente ethische Reflexion und ethisch begründetes Handeln ein. Ziel des Beitrags ist es, die ethischen Implikationen von herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz im Krankenhaus klarzulegen und die pflegeprofessionelle Bedeutsamkeit hinsichtlich der ethischen Sensibilität und der ethisch-systematisierten Reflexion im klinischen Versorgungsalltag zu konkretisieren.

Schlüsselwörter

Ethische Reflexion, ethische Sensibilität, herausforderndes Verhalten, Demenz im Krankenhaus, Ethikberatung

Abstract

Patients with dementia respectively cognitive impairment will shape and influence more than ever daily routine in hospitals in the future. The care of this vulnerable group, including interactions and encounters with them, requires specific concepts and expertise which is sensitive to the issues raised and also demands ethical sensitivity and ethical competencies. This contribution considers challenging behaviour that is often seen by care staff as burdensome and unsettling, especially in interpersonal interactions and in maintaining professional relationships with patients. This leads to uncertainty in day-to-day nursing practice and decision making which is founded on genuine nursing or organizational/procedural aspects. Specific ethical dimensions are also inherent in distinctive features of behaviour shown by patients with cognitive changes as well as their vulnerability in the institution of the hospital. These aspects will be the main focus of this discussion. The professional handling of ethical dimensions calls – in terms of completeness – beside evidence-based knowledge and evidence-based action for an ethical sensibility, consistent ethical reflection and ethically well-grounded action. The aim of this contribution is to delineate the ethical implications of challenging behaviour in people with dementia in hospitals and to clearly and concretely describe the importance of ethical sensitivity and systematized ethical reflection to the nursing profession in their day-to-day care practice in hospitals and clinics.

Keywords
ethical reflection, ethical sensibility, challenging behavior, dementia during hospital stay, ethical review committee, dementia in hospitals, ethical counselling

1 Einleitend

Die Bedeutsamkeit einer demenzgerechten Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern ist im (pflege-)wissenschaftlichen Diskurs angekommen (vgl. Wolke u. a. 2015; Isfort u. a. 2014; Löhr u. a. 2014; Pinkert, Holle 2012). Die Verbreitung der Wissensbestände in die konkrete klinische Situation muss jedoch noch weiter fortschreiten und findet aktuell insbesondere in Form von einzelnen Projekten statt (vgl. Kirchen-Peters 2012, S. 8, S.77; Wolke u. a. 2015; Schnetter 2015). Die Relevanz dieses Handlungsbedarfs verstärkt sich aus quantitativer Perspektive: Die steigende Anzahl älterer Menschen im Krankenhaus verweist darauf, dass auch die Anzahl von Menschen mit Demenz auf nahezu allen Abteilungen in Krankenhäusern steigen wird (vgl. Deutscher Ethikrat 2016, S. 105–106; Estrella u. a. 2016; DGPPN, DGN 2016; Zerth 2016: Robert Bosch Stiftung 2016; Isfort u. a. 2014; Schütz, Füsgen 2013, S. 203; Pinkert, Holle 2012, S. 728; Angerhausen 2008, S. 461; Kirchen-Peters 2012, S. 6).

Die Relevanz erweist sich ferner aus der personenbezogenen Perspektive: Die Einweisung eines Menschen mit Demenz in ein Krankenhaus wird für die Betroffenen schnell zu einer Krisensituation (vgl. Deutscher Ethikrat 2016, S. 104–105; Angerhausen 2008, S. 461). Sicher gilt dies auch für Menschen ohne Demenz, ist eine Krankenhauseinweisung doch in der Regel mit einer existentiellen Ausnahmesituation wie einer akuten Erkrankung, diagnostischer Abklärung und oder starken Beschwerden verbunden. Menschen mit Demenz bringen hier jedoch eine besondere Vulnerabilität mit, da sie sowohl bei Krankenhauseinweisung als auch während des Krankenhausaufenthaltes höheren Risiken (vgl. Motzek u.a. 2016) und möglicherweise umfassenden Reglementierungen ausgesetzt sind. Krankheitsbedingt sind kognitive Funktionen und damit auch die Fähigkeit sich schnell auf unbekannte Situationen einzustellen eingeschränkt (vgl. DIMI 2016). Die Situation in einem Krankenhaus, die Komplexität des Versorgungsalltags kann seitens der Menschen mit Demenz oder mit kognitiven Veränderungen oftmals nicht vollumfänglich verstanden und erfasst werden (vgl. Moonga, Likupe 2016, S. 3; Deutscher Ethikrat 2016, S. 105). Dies bedingt eine besondere Schutzlosigkeit, die Pflegende in Interaktionen mit Menschen mit Demenz deutlich wahrnehmen (vgl. Bryon, Dierx de Casterle u. a. 2011, S. 288). Besonders dann, wenn Menschen mit Demenz in Krankenhäusern herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, wird dies von Pflegenden als belastend empfunden (vgl. Schütz, Füsgen 2013, S. 203; Wolke u.a. 2015, S. 38–40). Nächtliche Unruhe, Patientinnen und Patienten, die sich auf der Station verirren sowie das Ablehnen von Nahrung (vgl. Hammar u. a. 2015; Bryon u. a. 2012) wird von Pflegenden als sehr herausfordernd eingestuft (vgl. Schütz, Füsgen 2013, S. 204; Wolke u. a. 2015, S. 78–80; Estrella u. a. 2016). Herausfordernde Verhaltensweisen können aufgrund ihrer Definition indes nur in Interaktionen bedeutsam werden, denn sie fordern situativ eine zwischenmenschliche Reaktion heraus (vgl. Bartholomeyczik, Halek u. a. 2008, S. 342; vgl. Bartholomeyczik u. a. 2013, S. 25–28; vgl. Wolke u. a. 2015, S. 38–40). Hier sind vorrangig Pflegende angesprochen, da der Kern pflegerischer Arbeit die Gestaltung von Interaktionen und Beziehung darstellt (vgl. Görres, Friesacher 2005, S. 33; vgl. Wolke u. a. 2015, S. 39–40, S. 156; vgl. Riedel 2015; Kojer, Gutenhaler 2016, S. 28–30).

Evident ist, die Thematik repräsentiert neben der pflegewissenschaftlichen, der pflegefachlichen und der pflegepraktischen Bedeutsamkeit insbesondere ethische Implikationen und Dimensionen. Die Vulnerabilität (vgl. Sarvimäki, Stenbock-Hult 2016) und Schutzbedürftigkeit von Menschen mit Demenz fordert eine

fürsorgliche, zugewandte Beziehungsgestaltung ein (vgl. Hammar, Swall u. a. 2016, S. 2; Remmers 2010; Riedel 2015). Sich als Pflegende/r von einer Verhaltensweise herausgefordert zu fühlen, steht dieser (Heraus-) Forderung an Begegnung und Beziehung gegebenenfalls entgegen und lässt Konflikte auf wertbezogener Ebene vermuten. Denn: Pflege als genuines Beziehungsgeschehen impliziert eine Vielzahl an ethischen Bezügen und Bezugspunkten. Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz ist potenziell mit einer Vielzahl ethischer Aspekte verbunden (vgl. Strech u. a. 2015; Riedel 2015). Vor diesem Hintergrund werden in diesem Beitrag folgende Fragestellungen näher betrachtet:

> *Welche zentralen immanenten ethischen Dimensionen zeigen sich durch herausforderndes Verhalten in Interaktionen zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz im Setting Krankenhaus? Welche Unterstützung und Entlastung bietet sich im Rahmen der Ethikberatung?*

Ziel des Beitrags ist es, die ethische Bedeutsamkeit von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz oder mit kognitiven Veränderungen im Krankenhaus aufzuzeigen und die pflegeprofessionelle Bedeutsamkeit der Stärkung ethischer Sensibilität (vgl. Milliken 2016) und ethischer Kompetenz im Umgang damit hervorzuheben. Aus explizit pflegebezogener und pflegewissenschaftlicher Perspektive liegen hierzu bereits differenzierte Darlegungen vor (z. B. Bartholomeyczik u. a. 2013; Wolke u. a. 2015). Für die pflegefachlichen Entscheide und pflegefachliche Argumentation ist diese Perspektive nachfolgend maßgebend und implizit. Eine professionelle Pflegepraxis repräsentiert sich für uns ferner und gleichwertig in einer ethisch reflektieren und ethisch begründeten Pflegepraxis, die sensibel ist für ethische Fragestellungen und ethische Abwägungen als genuinen Gegenstand professionellen Pflegehandelns anerkennt und praktiziert. Angesichts dessen werden im ersten
Teil des Beitrages zentrale ethische Dimensionen von herauforderndem Verhalten herausgearbeitet und exemplarische ethische Probleme dargelegt. Unter einem ethischen Problem verstehen wir nachfolgend eine Situation, ein Pflegearrangement welche/s durch „Unsicherheit bezüglich der ethisch angemessenen Handlungsweise gekennzeichnet ist“ (Salloch u. a. 2016) und im Praxisalltag ethische Fragen aufwirft.

Ethische Reflexion erfolgt indes in der Pflegepraxis vielfach niederschwellig, informell und unsystematisch. Der zweite Teil des Beitrags legt aufgrund dessen mögliche Konsequenzen und Handlungsoptionen dar, wie die wiederkehrenden ethischen Konflikte systematisiert, reflektiert und wie ethisch begründete Entscheidungen realisiert werden können.

2 Ethische Dimensionen herausfordernden Verhaltens

2.1 Gefahr der Verletzung von Werten durch fachlich-konzeptuelle Unsicherheit

Menschen mit Demenz zeigen während eines Krankenhausaufenthaltes häufig herausfordernde Verhaltensweisen (vgl. Samson, White u. a. 2014, S. 8). „Herausforderndes Verhalten (…) [wird definiert als] Handlung, die das Wohlbefinden einer Person beeinträchtigt, weil sie für das Setting, in dem diese Handlung stattfindet, eine physische oder psychische Belastung darstellt“ (James 2013, S. 23). Der Umgang mit herausforderndem Verhalten wird im klinischen Setting als „besonders schwierige Situation“ (Schütz, Füsgen 213, S. 203; vgl. Estrella 2016) bezeichnet. Schon der Begriff als solches ist daher Anlass ethischer Reflexion, denn so ist die Einordnung von Verhaltensweisen als herausfordernd zugleich bedingt durch die Haltung gegenüber dem Verhalten. Die Kategorisierung wird ferner beeinflusst von der Sympathie oder Antipathie gegenüber der Patientin oder dem Patienten (vgl. Wolke u. a. 2015, S. 59). Löhr u. a. (2014) empfehlen die Verwendung des Begriffs

‚ungewohnte Verhaltensweisen‘ als eine wertneutrale Formulierung, welche das Verhalten nicht verurteilt (vgl. Löhr u. a. 2014, S. 194). Herausforderndes Verhalten hat seinen Ursprung einerseits im Ausdruck der eigenen Identität und andererseits, jedoch stark damit verschränkt, als Reaktion auf eine Umgebung, die wenig Sinn und Ausdruck der eigenen Identität zulässt (vgl. Halek 2010, S. 177). Mit Verständnis für die Ursache kann störendes Verhalten in situativ sinnvolles Verhalten umgedeutet werden (vgl. Bartholomeyzcik u.a. 2006. S. 61). Exemplarische Verhaltensweisen als Reaktion auf die „unverstandene Krankenhauswelt“ (Deutscher Ethikrat 2016, S. 105) sind ununterbrochenes lautes Rufen und zielloses Umherwandern/Wandering, das Manipulieren an Verbänden wie auch ablehnende Reaktionen oder erhebliche Unruhe (vgl. Schütz, Füsgen 2013, S. 203; Wolke, u. a. 2015, S. 38–40, S. 78–80; Bartholomeyczik 2013, S. 25–28). Weitere Gründe für diese Verhaltensformen können situativer, persönlicher Kontrollverlust sein, die Unfähigkeit sich auf die neue Pflegesituation und die neuen Begegnungen einzustellen bzw. umzustellen. Auch physiologische Gründe, können Auslöser für herausfordernde Verhaltensformen sein (z. B. Hunger, Durst, Harndrang, Schlafstörungen, Schmerzen) (vgl. Riedel 2015, Wolke u. a. 2015, S. 38–40, S. 78–80, S. 155; Bartholomeyczik u. a. 2013, S. 25–28). Die Bewertung, ob eine Situation als herausfordernd wahrgenommen wird, liegt bei der Person, die mit dem Menschen mit kognitiven Veränderungen situativ interagiert. Bei der Einordnung des Verhaltens und den damit verbundenen Herausforderungen ist die Perspektive auf den Erlebenden zu richten und nicht auf den sich verhaltenden/den reagierenden Menschen mit Demenz. Obligat ist das Verständnis für das Verhalten, die situativen Verhaltensweisen. Warum verhält sich der Patient so? Was sind seine Motive (physisch, psychisch, psychosozial)? Welche Umgebungs- bzw. Umweltfaktoren tragen zu dem Verhalten bei? (vgl. Bartholomeyczik u. a. 2013, S. 27; Wolke u. a. 2015, S. 39–40; Kojer, Gutenhaler 2016, S. 28–30).
Das heißt, es geht darum, die angemessene (hermeneutische, personzentrierte) Perspektive einzunehmen, um dieses Verhalten zu verstehen, den Grund, den Auslöser und die beeinflussenden Faktoren für das individuell und situativ variierende Verhalten zu erschließen und entsprechend dahingehend zu intervenieren. Versucht man ausschließlich die Störung abzustellen, verliert man den Blick auf die Bedeutung, auf den Sinngehalt dessen, was der Mensch mit dem Verhalten – zum Beispiel als Reaktion auf eine Verunsicherung in der Situation der Ungewissheit – ausdrücken möchte (vgl. Riedel 2015, S. 60).

Grundlegend für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ist die „verstehende Diagnostik“ (Bartholomeyczik 2013, S. 27). Durch verstehende Diagnostik wird die objektive Sicht der Professionellen – in Bezug auf die Auseinandersetzung mit den Verhaltensweisen – um die subjektive Perspektive der Betroffenen erweitert. Diese Perspektive ist geboten, denn beim herausfordernden Verhalten hat das Verhalten für denjenigen, der sich verhält, einen Sinn; es ist ein sinnhafter Ausdruck der menschlichen Psyche (vgl. James 2013, S. 24), den es zu achten gilt. Im komplexen klinischen Alltag besteht indes vielfach das Bestreben, diese Verhaltensweisen (medikamentös) einzudämmen oder zu stoppen (vgl. Bartholomeyczik u. a. 2006, S. 13–14; Bartholomeyczik 2013, S. 26; Wolke u. a. 2015, S. 78–80). Hier wird eine weitere ethische Dimension deutlich: Die Handlungsoption der medikamentösen Eindämmung gefährdet zentrale Wertsetzungen im professionellen Pflegehandeln, da sie weder dem Wohlbefinden (gutes Tun) noch der Würde dieser vulnerablen Zielgruppe gerecht wird, es die subjektive Lebensqualität des Patienten (vgl. Riedel 2015, S. 57–59; Woopen 2014) ignoriert und im Zweifel sogar dem Menschen langfristig schadet. Diese (alleinige) Reaktion und Option ist weder fachlich noch ethisch zu rechtfertigen!

Im Umgang mit herausforderndem Verhalten besteht somit die Gefahr von Wertverletzungen, die auf die Unsicherheit im fachlich-konzeptuellen Sinne zurückzuführen sind. Demenzsensible Konzepte sowie Konzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten sind in Kliniken bislang nur vereinzelt etabliert (vgl. Isfort

u. a. 2014; Kirchen-Peters 2012, S. 77; Pinkert, Holle 2013, S. 728; Pinkert 2014, S. 263; Wolke u. a. 2015: Zerth 2016). Entsprechende Konzepte und Empfehlungen liegen indes bereits vor (vgl. Kleina-Wingenfeld 2007, S. 10–11; Angerhausen 2008; Wolke u. a. 2015; Schnetter 2015). Konzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten, die aus anderen Settings vorliegen (vgl. Bartholomeyczik u.a. 2006), können nicht unangepasst in Krankenhäusern etabliert werden (vgl. Pinkert 2014, S. 264). Fehlende oder nicht implementierte Konzepte begünstigen indes Unsicherheit aufgrund eines fehlenden Repertoires an angemessenen Handlungsoptionen und aufgrund nicht existenter erforderlicher bzw. förderlicher Rahmenbedingungen. Unsicherheiten wiederum können zu Interventionen führen, die primär die (vermeintliche) professionelle Absicherung im Blick haben und möglicherweise die Werthaltungen und Bedürfnisse des Menschen mit Demenz in den Hintergrund rücken lassen. Das Ausbleiben verantwortungsvoller ethischer, theoriegeleiteter und hermeneutischer Abwägungsprozesse im Vorfeld professioneller Handlungsentscheide weist indes sowohl professionell fragwürdige und – in Bezug auf die vulnerable Zielgruppe – im Besonderen auch ethisch reflexionswürdige Dimensionen auf.

Des Weiteren entsteht durch folgende Situation in Krankenhäusern ein fehlender Deutungsrahmen der Verhaltensweisen mittels Zuordnung des Verhaltens zu der Erkrankung Demenz: Demenz ist selten die Hauptdiagnose, in den meisten Fällen werden Menschen mit Demenz aufgrund anderer, akuter Erkrankungen eingeliefert (vgl. Pinkert, Holle 2012, S. 731; Estrella u. a. 2016; Schnetter 2015). Zusätzlich werden Demenzen in Kliniken häufig nicht sicher diagnostiziert (vgl. Angerhausen 2008, S. 463; Hofmann 2013, S. 198). In der Folge ist oftmals nicht klar, dass die Verhaltensweisen der Menschen überhaupt auf eine dementielle Erkrankung/Veränderung zurückzuführen sind, da diese nicht diagnostiziert ist. Die demenzspezifischen Besonderheiten können dadurch im Behandlungsprozess in eine Nebenrolle geraten, obwohl sie für den Betroffenen und die Pflegenden im Vordergrund der Interaktionen stehen (vgl. Schäffer, Wingenfeld 2008, S. 294). Eine diagnostische Abklärung erfolgt vielfach nur im Zusammenhang mit Verhaltensweisen, die den Stationsablauf massiv stören (vgl. Kirchen-Peters 2012, S. 24).

Liegt bei Aufnahme bereits eine demenzielle Erkrankung vor und findet sich diese bereits in der Liste der Diagnosen, so ist oftmals nicht bekannt, was die Patientin/der Patient an noch vorhandenen Ressourcen, Potenzialen und Selbstbestimmungskompetenzen aufweist. Finden diese im Krankenhausalltag keine Berücksichtigung, können sich im Verlauf des Aufenthaltes einerseits Ressourcen und Potenziale reduzieren und andererseits werden Aushandlungs- und Informationsprozesse nicht an vorhandenen Entscheidungsfähigkeiten ausgerichtet (vgl. Deutscher Ethikrat 2016, 104; Schnetter 2015, S. 28).

Das medizinische und pflegerische Personal im Krankenhaus verfügt bis dato stärker über fachgebietsbezogenes und weniger über demenzspezifisches Wissen (vgl. Pinkert 2014, S. 264). Daraus ergibt sich ein fehlender Deutungsrahmen, welcher die Gefahr von Verletzungen der Würde, der Selbstbestimmungs-kompetenzen, der Individualität und/oder Lebensqualität birgt. Die ethische Reflexion dieser momentanen Strukturen und der sich daraus ergebenden Handlungs- und Entscheidungsunsicherheiten ist daher unabdingbar, um Wertverletzungen präventiv zu begegnen.

2.2 Ethisch relevante, immanente Unsicherheit bei ungewissem Verhalten

Ein „ungutes Gefühl“ (Heil & Zimmermann 2016, S. 7), Ungewissheit und Unsicherheit werden als Indikatoren für ethisch reflexionswürdige Situationen verstanden (vgl. Reiter-Theil 2000, 2010, S. 221; Reiter-Theil, Schürmann 2016, S. 40; Salloch u. a. 2016). Ein Indikator im Sinne eines Anlasses inne zu halten und zu

reflektieren: Was löst die Unsicherheit aus? Ist es eher eine fachliche Unsicherheit aufgrund fehlenden Wissens oder bleibt ein Unbehagen auch bei fachlicher Klärung bestehen? Ein dem Phänomen ‚herausforderndes Verhalten im Krankenhaus‘ immanenter Anlass ethischer Reflexion ist die Beziehungsgestaltung. Zentral für zwischenmenschliche Interkationen ist die gegenseitige Perspektivübernahme (vgl. Helle 2001, S. 72). Dies gilt im Kontext von herausforderndem Verhalten vor allem für das empathische Aneignen der Perspektive von Menschen mit Demenz durch die Pflegenden. Menschen sind in Interaktionen im Allgemeinen darauf angewiesen, die Verhaltensweisen ihres Gegenübers vorherzusagen und ihr Verhalten daran auszurichten (vgl. Kim 1999, S. 78–79). Handlungen sind in zwischenmenschlichen Interaktionen auf ein Ziel gerichtet und von gegenseitiger Perspektivenübernahme geprägt (vgl. Helle 2001, S. 73–74). Das besondere im Umgang mit Menschen mit Demenz ist, dass diese zu einer Perspektivübernahme, zu einer Verbalisierung ihrer Ziele oder zu einer klaren Vermittlung der Erwartungen an das Gegenüber nur eingeschränkt in der Lage sind. Das fehlende Verstehen der Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus wird von Pflegenden als sehr belastend angegeben (vgl. Rüsing, Herder u. a. 2008, S. 312; Wolke u. a. 2015). Für die Rolle eines Patienten bestehen zugeschriebene, erwünschte Verhaltensweisen. Menschen mit Demenz können die Erwartung an ihre Rolle als Patient nicht erfüllen, sie verhalten sich während ihres Krankenhausaufenthaltes vermutlich nicht als Patient, sondern in einer ihnen bekannten Rolle, beispielsweise in der einer Mutter (vgl. Halek 2010, S.144). Zielgerichtete Interaktion wird demzufolge wiederkehrend zu einer situativen Herausforderung. In der Begegnung mit herausforderndem Verhalten zeigt sich das zentrale Phänomen der gerontopsychiatrischen Pflege: „die besondere Ungewissheit im Handeln“ (Evers 2012). Pflegende sind stellvertretend verantwortlich, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu realisieren, wissen aber nicht konkret, um welche Bedürfnisse es sich handelt (vgl. Evers u.a. 2012, S. 95; Evers 2015, S. 15).

Hieraus ergibt sich ein ethisch reflexionswürdiger, situativer und kontextspezifischer Belang: Die asymmetrischen, nicht-reziproken Interaktionsverhältnisse, als „typische Ausgangslage“ helfender Berufe. Diese Situation ist charakterisiert durch die existenzielle Bedrängtheit eines Menschen aufgrund subjektiver Leidensphänomene wie Angst, Krankheit, Schmerz und Not, häufig verbunden mit physisch oder psychisch eingeschränkter Handlungsfreiheit und Selbstbestimmung (vgl. Remmers 2010, S. 52). Die fundamentalen Phänomene menschlicher Abhängigkeit und Angewiesenheit zeigen sich im Setting Krankenhaus und in Bezug auf die spezifische Zielgruppe in besonderer Weise. Begegnung und Interaktion, das Anknüpfen an der Lebenswelt der Patienten werden zum zentralen Gegenstand fürsorglicher und verantwortlicher Pflege. Verantwortung zu tragen und bei Bedarf auch zu übernehmen, ist genuiner Gegenstand asymmetrischer, nicht-reziproker Beziehungskonstellationen. Jede angestrebte Intervention und Reaktion bedarf in der Folge der besonderen fachlichen und ethischen „Legitimation und Rechtfertigung“ (Friesacher 2010, S. 83). Ethische Reflexion und ethische Analyse fordern ein hohes Maß an Kontextsensitivität. Ethisch verantwortlich zu handeln heißt in der Konsequenz, an den Bedürfnissen, der Lebenswelt und insbesondere auch an den Wertvorstellungen der Menschen mit Demenz anzuknüpfen. Ethische Abwägung und ethische Reflexion ist insbesondere in Bezug auf die Einordnung des nicht-sprachlichen Verhaltens herausfordernd – dies aufgrund „der Schwierigkeit, die genaue Absicht zu entziffern“ und ferner aufgrund der Unsicherheit, welcher Grad an Autonomie einer derartigen Willensbekundung jeweils situativ zugestanden werden kann und muss (vgl. Jox 2015, S. 119; Schaider u. a. 2015; Jox u. a. 2014). Als weitere Herausforderung für die Beurteilung der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit von Menschen mit Demenz sind die kognitiven Fluktuationen sowie die situativen und zeitlichen Varianzen in der Urteilsfähigkeit der Menschen mit Demenz zu nennen (vgl. Trachsel u. a. 2015; Hermann u. a. 2016).
Weitere Unsicherheiten und damit Anlässe für die Gewichtigkeit ethischer Sensibilität (vgl. Milliken 2016)

und ethisch reflektierter und begründeter Handlungsentscheidungen im Kontext der Thematik provozieren die institutionellen, systembezogenen Forderungen, wie nachfolgend dargelegt wird.

2.3 Entscheidungen zwischen widersprüchlichen Anforderungen treffen

Pflege als Interaktions- und Beziehungsgeschehen impliziert im Umgang mit der vulnerablen Zielgruppe (vgl. Sarvimäki, Stenbock-Hult 2016) in einem reglementierenden Setting per se ethische Fragestellungen. Die Thematik Menschen mit Demenz im Krankenhaus ist gerahmt von der strukturell bedingten Gegensätzlichkeit zwischen individuellen Bedürfnissen und der Systemlogik (vgl. Quack 2015; Zander-Schneider/Schneider 2015; Zerth 2016). Pflegende befinden sich aufgrund dessen in der stellvertretenden Realisierung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zwischen widersprüchlichen Anforderungen: Treten sie auf der einen Seite stellvertretend für die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz ein, sind sie auf der anderen Seite mitverantwortlich für das Gewährleisten der standardisierten Ablaufstrukturen, auf die das Krankenhaus als Organisation angewiesen ist. Das heißt, die individuellen Bedürfnisse der Patienten müssen den Abläufen – für deren Funktionieren – weitgehend untergeordnet werden (vgl. Pinkert, Holle 2012, S. 728; Pinkert, Holle 2013, S. 845; Krug 2009) beziehungsweise die Abläufe sind auf Menschen mit Demenz nicht eingestellt (vgl. Angerhausen 2008, S. 461).

Die widersprüchliche Anforderung an Pflegende gleichzeitig schnell und effizient im Sinne des Systems zu arbeiten und den individuellen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden ist im Umgang mit herausforderndem Verhalten exemplarisch und verweist auf einen originären Zielkonflikt der Pflege zwischen dem Anspruch an qualitätsvolle, am Gegenüber orientierter Pflege und der geforderten Realisierung ökonomischer Anforderungen (vgl. hierzu Kellner 2011). Wenn Pflegende mittels verstehender Diagnostik die Bedürfnisse hinter dem herausfordernden Verhalten erkennen, sind sie nicht unbedingt in Rahmenbedingungen tätig, die ihnen diese Realisierung ermöglichen. Als zentrale Herausforderung im Umgang mit der Nahrungsablehnung bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus wurde von Pflegenden beispielsweise das Spannungsfeld zwischen dem vorhandenen Wissen über Handlungsoptionen und den nicht vorhandenen Möglichkeiten in Bezug auf die Umsetzung der entsprechenden Interventionen beschrieben (vgl. Hammar u. a. 2016, S. 5). Hier wird der Widerspruch zwischen Anspruch und aktuellen Bedingungen explizit (vgl. Giese 2013, S. 64, Kellner 2011) und der ethische Anspruch der Mitgestaltung bzw. das aktive Einfordern von Rahmenbedingungen, die ethisch begründete Pflege und Behandlung ermöglichen (vgl. Giese 2013, S. 64), indes evident.

Pflege und pflegerisches Handeln als Sorge- und Versorgungsarbeit (vgl. Hülsken-Gielser 2015) ist hier vor die Herausforderung gestellt, zwischen System und Lebenswelt, zwischen System und individuellen Bedürfnissen, zwischen den normativen Vorgaben des Systems und den beteiligten professionellen und individuellen Wertvorstellungen fachlich fundierte und im Besonderen ethisch begründete Entscheidungen zu treffen. Pflegende stehen vor der Herausforderung die Autonomie und die Würde des Einzelnen zu respektieren und zu wahren und die Verantwortung für das Wohlergehen und die Würde Aller auf der Station im Blick zu behalten.

Aufgrund der exemplarisch dargelegten moralischen Verpflichtungen und der Komplexität der geforderten Entscheide werden nachfolgend zunächst die möglichen Reaktionen der Pflegenden auf ethisch konflikthafte Situationen dargelegt, die den ethischen Reflexionsbedarf – aus der Perspektive der Pflegenden betrachtet – begründen. Der demzufolge gebotene Prozess der Entscheidungsfindung sollte indes nicht nur informell, niederschwellig und unsystematisiert erfolgen, sondern sich an bestimmten Verfahren ausrichten. Im zweiten Teil des Beitrags werden dementsprechend zwei Verfahren vorgestellt, die ethische Abwägung und ethische Ent-

scheidungsfindung systematisieren, unterstützen und den transparenten Verlauf absichern.Die Wahrnehmung ethischer Probleme und Konflikte, das Erleben einer unangemessenen Versorgung von Menschen mit herausforderndem Verhalten können der Auslöser für moralischen Disstress sein (vgl. Fourie 2015; Tanner u.a. 2014; ANA 2015, S. 4). Moralischen Disstress definiert die NANDA (2013) als „Reaktion auf die Unfähigkeit, die gewählte ethisch-moralische Entscheidung/Handlung auszuführen“. Das heißt, hierbei handelt es sich um eine (belastende) Erfahrung der Pflegenden, die die Orientierung an situativ bedeutsamen, (professionell-)ethischen Werten als gefährdet betrachtet oder als unerfüllbar erfährt. Hierbei spielen sowohl organisationbezogene Implikationen (vgl. de Veer u. a. 2013) als auch situations- und pflegebezogene Faktoren (vgl. Oh, Gastmans, 2013; Hamric 2000) eine Rolle. Die Auswirkungen auf die Pflegenden sind vielfältig. Sie erleben eine starke emotionale Belastung, die bis hin zu Burn-out-Syndromen führen kann. Als Gefühle werden Schuldgefühle, Machlosigkeit, Verbitterung und Frustration in Verbindung mit moralischem Disstress gebracht. Mögliche Folgen in der direkten Versorgung der Patienten mit Demenz sind Qualitätseinbußen wie auch physische und emotionale Distanz (vgl. Pauly u. a. 2012; NANDA 2013, S. 404; Oh, Gastmans 2013; de Veer u. a. 2013; Tanner u. a. 2014, S. 354; ANA 2015).

Im Umgang mit den auslösenden ethischen Problemen, die zu moralischem Disstress führen können, sind systematisierte Verfahren der ethischen Entscheidungsfindung obligatorisch. Die diskursive, partizipative ethische Reflexion und die Abwägung der situativ beteiligten und beeinflussenden Wertvorstellungen und Wertorientierungen, der strukturierte Prozess hin zu einer ethisch begründeten Entscheidung sind eine zentrale Bedingung im Umgang mit moralischem Disstress. Die Elemente der Ethikberatung und deren Bedeutsamkeit für die qualitätsvolle Versorgung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz bzw. von Menschen mit kognitiver Veränderung im Krankenhaus werden nachfolgend beschrieben.

3 Wiederkehrenden Unsicherheiten durch Verfahren der Ethikberatung begegnen

3.1 Ethisch begründete Entscheidungen durch ethische Fallbesprechungen

Da es sich bei „herausforderndem Verhalten“ um einen normativen Begriff handelt, der individuelle Vorstellungen von Verhalten, variierende Wertigkeiten und situative Wahrnehmungen seitens der Pflegenden tangiert, besteht die Schwierigkeit dieses multidimensionalen Phänomens darin, Ursachen und Sinnbezüge situativ anzuerkennen und zu konkretisieren. Parallel erschweren unterschiedliche Einschätzungen und Interpretationen dahingehend, welche fürsorglichen und förderlichen Interventionen und Angebote (z. B. beschützende Maßnahmen gegenüber dem Patienten, handlungs- und mobilitätseinschränkende Maßnahmen zur Sicherheit des Patienten, zusätzliche Betreuungszeit für den Patienten, schützende Maßnahmen gegenüber den Mitpatienten) indiziert sind. Neben pflegeprofessionellen Abwägungen werden subjektive wie auch professionelle Normen und Werte wirksam (z. B. die ethische Abwägung zwischen professioneller Fürsorgepflicht bzw. Wohltun und der Forderung nach Nichtschaden, die ethische Abwägung zwischen zeitintensiver Fürsorge für einen Patienten und gerechter Zeitverteilung in Hinblick auf alle Patienten der Station, die ethische Abwägung zwischen der Autonomie des Patienten und der professionellen Verantwortung für seine jeweils individuellen Therapieziele, die Verpflichtung die Würde des Menschen mit Demenz nicht zu verletzen und die Verantwortung für das Wohlergehen aller Patienten auf der Station), die sich auf den Patienten wie auch auf Mitpatienten der Station beziehen können, die Teamentscheidungen und Einzelpositionen im Team tangieren. Das Team ist gefordert – neben der pflegefachlichen Orientierung – einen ethisch begründeten Entscheid zu treffen. Aufgrund der Komplexität der Situation, der Vulnerabilität der Menschen mit Demenz und der weitreichenden personenbezogenen Konsequenzen der Entscheidungen – sowohl für den einzelnem Patienten wie auch für die Gesamtheit der Patienten auf der Station – geht es dementsprechend nicht nur um die fachlich korrekte,

bedarfsorientierte Entscheidung, sondern auch um eine bedürfnisorientierte, personzentrierte und insbesondere auch um eine ethisch gute (am Guten orientierte und gut begründete) Entscheidung, der eine ethische Reflexion und Abwägung vorausgeht. Eine unreflektierte Fremdperspektive, die ausschließlich die *Folgen* des „herausfordernden Verhaltens“ für das Umfeld im Blick hat, wird indes dem ethischen und professionellen Anspruch an eine person- und individuenzentrierte Pflege nicht gerecht (vgl. Riedel 2015). Eine Perspektive, die ausschließlich die pflegefachlichen Ziele fokussiert, negiert den Anspruch an professionelles Handeln, das ethische Reflexion einfordert und ethisch begründetes Handeln postuliert (vgl. Riedel 2013). Der alleinige Rückbezug auf die Autonomie des Patienten negiert die moralisch-normativen Autonomieanforderungen, die ihrerseits Fürsorge-Handlungen einfordern, um den „Autonomieanliegen zur Geltung zu verhelfen“ und um Autonomiekompetenz zu fördern beziehungsweise Autonomiefähigkeit zu ermöglichen (vgl. Bobbert 2015).

Nachfolgend wird davon ausgegangen, dass situative Handlungs- und Entscheidungskonflikte im Team nicht nur aufgrund einer „perspektivischen Differenz“ (Sauer 2015) bestehen, sondern auf variierenden Wertvorstellungen und Werteorientierungen basieren. Nehmen wir diese „Reibungen“ ernst, so ist ein bewusst geführter ethischer Dialog obligat. Die Reibungen aufgrund unterschiedlich leitender und argumentativ vertretener Werte und Normen sind Gegenstand ethischer Entscheidungsfindungsprozesse (vgl. Baumann-Hölzle, Streuli 2009, S. 614, 616).

Wie eine ethisch begründete Entscheidung erreicht werden kann, ist Gegenstand der nachfolgenden Ausführungen.

Ethikberatung umschreibt drei Elemente der ethischen Reflexion und Abwägung: die ethische Fallberatung, die Entwicklung von Ethik-Leitlinien und die Fort- und Weiterbildung (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2010, S. 149–150; Dörries u. a. 2015; Neitzke 2015). Primäres Ziel der Ethikberatung ist „die ethisch am besten begründete und verantwortete Handlung“ und die Verbesserung ethischer Qualität in der Versorgung der Patienten. Weitere Ziele sind die Reduktion von moral distress (vgl. Coyle 2016, S. 24) und die ethische Kompetenzentwicklung (vgl. Jox 2014, 2015 S. 88; Marckmann 2013; Marckmann 2015; Dörries u. a. 2015).

Ethische Fallbesprechungen bieten gemäß den Standards der Fachgesellschaft (Akademie für Ethik in der Medizin) die Unterstützung bezüglich einem strukturierten Vorgehen der Abwägung ethischer Konflikte – Konflikte aufgrund divergierender Werte und Moralvorstellungen –, sie sichern die systematische Werteanalyse und -reflexion über die situative ethische Fragestellung ab und eröffnen nach Möglichkeit einen Konsens, das heißt eine tragfähige, konsentierte und verbindliche Entscheidung. Intendiert sind „gute Entscheidungen in guten Entscheidungsprozessen“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2010), die zur Versorgungsqualität und Handlungssicherheit beitragen. Systematisierte, multidisziplinäre ethische Reflexion führt zu ethisch begründeten Entscheiden, zu bewussteren Entscheiden und bestenfalls in Bezug auf den Patienten zu angemesseneren Entscheiden. Es geht hierbei nicht nur um den situativen Entscheid an sich, sondern auch um ein verantwortungsvolles, kritisches Hinterfragen von (bisherigen) Argumentationsmustern und von bisherigen Handlungs- und Entscheidungsautomatismen (vgl. Baumann-Hölzle 2011; Rufer, Baumann-Hölzle 2015; Wils, Baumann-Hölzle 2013). Eine Methodik der systematischen Analyse muss Marckmann (2013, vgl. 2015) folgend indes zwei Elemente ausweisen: „zum einen die Benennung und Begründung der normativen Vorgaben, anhand derer die Handlungsoptionen bewertet werden, zum anderen ein klar definiertes Vorgehen, wie diese normativen Vorgaben bei der Bearbeitung konkreter Fragestellungen anzuwenden sind“

(Marckmann 2013, S. 88; vgl. Marckmann 2015). Bei der Auswahl einer Methode/eines Modells der ethischen Abwägung, Reflexion und Konsensfindung sollten diese Prämissen Berücksichtigung finden. Bezugnehmend auf Entscheidungen bei der vulnerablen Zielgruppe Menschen mit Demenz, kann gemäß unseren Erfahrungen mit ethischen Fallberatungen im klinischen Setting, das 7-Schritte-Dialog-Modell eine wichtige Systematik darlegen. Es orientiert sich an einer „integrativen Verantwortungsethik“, Handlung und Verantwortung werden parallel gedacht, Verantwortlichkeiten werden systematisch ethisch reflektiert. Im Rahmen der integrativen Verantwortungsethik erhält der „Würde- und Autonomieanspruch“ Priorität. Hinsichtlich der normativen Vorgaben und der normativen Rahmung orientiert sich das Modell an den vier bioethischen Prinzipien von Beauchchamp & Childress (vgl. Baumann-Hölzle 2011; Rufer, Baummann-Hölzle 2015). Das Vorgehen – welches verbindlich für die geschulte Moderatorin/den geschulten Moderator ist – orientiert sich an sieben festgelegten, klar ausgewiesenen und inhaltlich fundiert begründeten Schritten (vgl. Baumann-Hölzle 2011; Wils, Baumann-Hölzle 2013; Rufer, Baumann-Hölzle 2015).

Bezugnehmend auf die komplexe Situation des herausfordernden Verhaltens erfolgt – bestenfalls in einer multidisziplinären Zusammensetzung – im ersten Schritt („Erfahrung des Sachverhaltes als ethisches Problem“) die Einigung auf die ethisch zentrale Fragestellung in der jeweiligen Situation. In diesem Schritt sind alle (Problem-)Wahrnehmungen von und in der Situation sowie alle professionellen Perspektiven von Bedeutung. Was ist das ethische Problem? Welcher ethische Konflikt liegt vor? Wie kann die ethische Fragestellung formuliert werden? Im zweiten Schritt der Kontextanalyse geht es um den vorliegenden Kontext des ethischen Konfliktes: Wann tritt das heraufordernde Verhalten auf? In welchen Situationen/Kontexten wird es als herausfordernd empfunden? Gibt es in der Lebens- und Pflegegeschichte des Patienten wichtige Anhaltspunkte, die in Bezug auf die Situation zu kontextualisieren sind? Wer ist beteiligt? Was beeinflusst? Etc. Der dritte Schritt „Wertanalyse“ dient der normativen Vertiefung. Es geht um die beteiligten Werthaltungen und Wertabwägungen in Bezug auf die bioethischen Prinzipien. Mit zwei der vier bioethischen Prinzipen wird das ethische Dilemma konkretisiert. Exemplarisch sei hier das ethische Dilemma zwischen dem Prinzip „gutes Tun“ für den Menschen mit Demenz (indem ich ihm übermäßig viel Zeit widme, um ihm in seiner Unruhe personzentriert und bedürfnisorientiert zu begegnen) und dem Prinzip der „Gerechtigkeit“ gegenüber den anderen Patienten auf der Station benannt. Im Schritt vier werden angesichts der ethischen Dilemmasituation gemeinsam Handlungsoptionen generiert, die dann im Schritt fünf in Bezug auf vorherrschende Argumentationsmuster hin analysiert werden. Ziel dieser inhärenten Analyse ist es, Einseitigkeiten und Muster der Argumentation und der Entscheidungsfindung zu identifizieren. In Schritt sechs erfolgt die Konsensfindung in Bezug auf das zukünftige situative Handeln. Der gemeinsam getroffene Konsens wird in Schritt sieben in Bezug auf dessen Umsetzung und Verbindlichkeit im Stationsalltag konkretisiert und – wie alle Entscheide in den sieben Schritten – explizit und retrospektiv nachvollziehbar dokumentiert.

Die ethische Reflexion an einem ausgewiesenen, etablierten sowie evaluierten Modell der ethischen Entscheidungsfindung führt zu einer ethisch begründeten Entscheidung, die im Prozess systematisiert abgewogen und reflektiert wird und die retrospektiv anhand des Protokolls/der Dokumentation (vgl. AG „Ethikberatung im Krankenhaus in der Akademie für Ethik in der Medizin 2011) nachvollzogen und langfristig auch evaluiert (vgl. AG Ethikberatung im Gesundheitswesen 2013) werden kann. In der Folge trägt eine strukturierte, bestenfalls interdisziplinäre ethische Entscheidungsfindung zur Akzeptanz und Tragfähigkeit der getroffenen Entscheidung bei, was durch ein informelles Vorgehen nicht abgesichert werden kann.

3.2 Bearbeitung wiederkehrender Herausforderungen in Ethik-Leitlinien

Bei wiederkehrenden ethischen Fragestellungen – hier die ethischen Konflikte im Kontext von herausforderndem Verhalten im klinischen Setting – bietet sich die Entwicklung einer Ethik-Leitlinie an (vgl. Neitzke u. a. 2015; Riedel 2016, Riedel 2014, Riedel u. a. 2013). Ethik-Leitlinien bieten als schriftlich dargelegte, ethisch begründete Orientierung eine konkrete Unterstützung dahingehend, wie in bestimmten Situationen zu entscheiden und zu handeln ist (vgl. Jox 2014, S. 268). Sie ersetzen dabei nicht die obligatorische ethische Analyse, Reflexion und Abwägung im Einzelfall. Ethik-Leitlinien wirken hinsichtlich der geforderten Entscheidungsfindung unterstützend und systematisierend. Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (2010) definiert in ihren „Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen“ Ethik-Leitlinien als „Handlungsempfehlungen, die sich aus immer wiederkehrenden Situationen (...) ableiten und die als Orientierungshilfe für Einzelfallentscheidungen dienen“ (Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2010, S. 149–152). In der aktuellen Empfehlung der Fachgesellschaft (AEM) zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens (vgl. Neitzke u. a. 2015) werden Ethik-Leitlinien definiert als „Instrumente, um wiederkehrende ethische Fragestellungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens in einer systematischen und lösungsorientierten Weise zu bearbeiten“. In diesen definitorischen Grundlegungen wird explizit, „Ethik-Leitlinien stellen im Rahmen ethischer Entscheidungsfindung eine systematisierte Orientierungshilfe“ für Pflegende, Ärzte, und Mitarbeiter aus anderen Gesundheitsberufen dar (Neitzke u. a. 2015, S. 241, 242). Wird eine Ethik-Leitlinie zu einem wiederkehrenden Thema entwickelt, unterstützt und strukturiert dieses Instrument im komplexen Praxisalltag den situativen ethischen Reflexions- und Entscheidungsprozess. Die Ethik-Leitlinie ermöglicht es den Beteiligten und Betroffenen durch die inhärente Systematik der Abwägung eine ethisch begründete (Handlungs-)Entscheidung zu treffen. Diese – bestenfalls im multidisziplinären Team entwickelte – Ethik-Leitlinie kann somit in Bezug auf das – wie oben dargelegt – wiederholt vorkommende herausfordernde Verhalten von Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Setting Krankenhaus – einen normativ-ethischen Rahmen eröffnen, um situativ – in der jeweils einmaligen Situation – eine ethisch begründete und retrospektiv nachvollziehbare Entscheidung zu treffen. Das heißt, die Ethik-Leitlinie bietet in der wiederkehrenden Situation von herausfordernden Verhaltensweisen eine Unterstützung und Orientierung dahingehend, wie man bezogen auf die jeweils spezifische Patientensituation zu einer ethisch reflektierten und ethisch begründeten Handlungsentscheidung kommt. Aufgrund der klaren Struktur und der eindeutigen Systematik sind die situationsbezogenen Abwägungs- und Entscheidungsprozesse für alle nachvollziehbar und können so besser mitgetragen werden und zur Entscheidungssicherheit beitragen. Zugleich kann die Ethik-Leitlinie der Institution und der Station als „Qualitätsmerkmal“ dienen (Jox, Borasio 2011, S. 201). Die Entwicklung einer Ethik-Leitlinie dient einerseits der Entscheidungsqualität und Handlungssicherheit, sie kann dazu beitragen, durch eine ethisch begründete Entscheidung situativen moral distress zu reduzieren, andererseits kann der vorausgehende Entwicklungsprozess die Ethikkompetenzen der Beteiligten verdichten und vertiefen (vgl. Riedel 2015, 2016) und in der Folge die moralische Resilienz abstützen. Für die wiederkehrend geforderten ethischen Abwägungen zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen im klinischen Setting kann eine multidisziplinär entwickelte Ethik-Leitlinie ein wichtiges Instrument sein, um in einer systematisierten und lösungsorientierten Weise zu einer ethisch begründeten Entscheidung zu gelangen!

4 Zusammenfassend

Herausforderndes Verhalten ist ein Phänomen, das beginnend mit der Begrifflichkeit und deren Definition bereits eine ethische Dimension aufweist, da individuelle Haltungen begriffsbestimmend sind. Besonders Menschen mit Demenz sind aufgrund ihrer Vulnerabilität in asymmetrischen professionellen Beziehungen auf stellvertretende Übernahme von Verantwortung, fürsorglicher Realisierung der Autonomie und Wahrung

der Würde angewiesen; ethisch begründetes Handeln ist daher obligat. Die Lebenswelt von Menschen mit Demenz und die Systemanforderungen im Krankenhaus bieten zahlreichen Anlass, miteinander zu kollidieren und für die Akteure widersprüchliche Anforderungen zu provozieren. Diese Situation verschärft die Bedeutsamkeit ethischer Reflexion und macht deutlich, dass es sich bei herausforderndem Verhalten bei Demenz im Krankenhaus um einen wiederkehrenden (und vielfach verunsichernden) Anlass handelt.

Der Beitrag legt exemplarisch ethische Dimensionen und Implikationen im Krankenhaus dar, die einerseits auf dem herausfordernden Verhalten von Menschen mit Demenz basieren und andererseits in den Herausforderungen des Settings selbst begründet sind. Die Ausführungen verdeutlichen die Relevanz systematisierender Verfahren, die eine ethische Entscheidungsfindung unterstützen und ethisch begründete Entscheidungen ermöglichen. Ethische Reflexion ist flankierend zu den (pflege-)fachlichen Entscheidungen und begleitend zu den zukünftig wichtiger werdenden gesundheitlichen Vorausplanungen nach dem Konzept des „advance care planning“ (vgl. Birnbacher 2016; vgl. Wöhlke, Wiesemann 2016; Coors u.a. 2015; Halbmayr-Kubicsek 2015; van der Steen 2015, S. 200; Gather, Vollmann 2014), im Rahmen dessen der Wille des Patienten wiederholt und unter wechselnden Bedingungen erfragt wird.

Hieraus ergeben sich für uns die abschließenden und zusammenfassenden Postulate:

_ Professionelles Pflegehandeln fordert die Sensibilität für die ethische Dimension von herausforderndem Verhalten und die ethische Kompetenz, die damit einhergehenden ethischen Konflikte zu benennen und im Rahmen der Ethikberatung interdisziplinär zu reflektieren und zu bearbeiten.
_ Professionelles Pflegehandeln fordert Pflegende auf, die bewusste Perspektive auf den Menschen mit Demenz/mit kognitiven Veränderungen einzunehmen (vgl. Riedel 2015) und das Handeln personzentriert auszurichten (vgl. van der Steen u. a. 2014, S. 200).
_ Die ethische Dimension der hohen Vulnerabilität der Menschen mit Demenz/mit kognitiven Veränderun gen ist als genuiner Gegenstand pflegeprofessioneller Entscheidungen und Handlungen anzuerkennen und entsprechend zu beachten.
_ Ethische Kriterien explizieren eine gute oder besser noch: ethisch angemessene Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Diese sind zu definieren, zu operationalisieren, um so eine normative Orientierung klarzulegen (vgl. Klingler, Marckmann 2015). Ziel ist, die fachlich wie auch ethisch qualitätsvolle Begleitung und Versorgung von Menschen mit Demenz im Setting Krankenhaus sicherzustellen.
_ Aus der Perspektive der Gesamtkonzeption ist es bedeutsam, konsequent für die substanziellen ethischen Herausforderungen und ethischen Fragestellungen zu sensibilisieren und regelmäßige Angebote der ethischen Reflexion und der Ethikkompetenzentwicklung zu unterbreiten. Dies auch um „moral distress“ vorzubeugen und zu reduzieren (vgl. Kulju u. a. 2015)
_ Ethische Kompetenz beinhaltet besonders im Kontext von herausfordernden Verhaltensweisen bei Demenz im Krankenhaus das aktive Voranbringen und Entwickeln von Rahmenbedingungen, in denen ethisch begründetes Handeln möglich wird (vgl. Giese 2013).
_ Durch Ethikberatung ist der professionelle und interdisziplinäre Umgang mit (klinisch-, pflege-) ethischen Herausforderungen im Kontext der aufgezeigten komplexen Pflege- und Versorgungsanforderungen abzusichern.

Sich von einer Verhaltensweise herausgefordert zu fühlen, fordert professionelles Handeln, hierbei ist eine ethische Dimension zentral: Dieser Anlass bietet die Chance, eigene und institutionelle Wertsetzungen sowie

Normen zu erkennen, strukturiert zu reflektieren, um das professionelle Selbstverständnis kontinuierlich und bewusst weiter zu entwickeln.

Literaturverzeichnis

AG Ethikberatung im Gesundheitswesen (in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V.), Neitzke, G., Riedel, A., Dinges, S., Fahr, U. & May, A.T. (2013). Empfehlungen zur Evaluation von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik Med*, 25, 149–156. DOI: 10.1007/s00481-012-0230-8.
AG Ethikberatung im Krankenhaus in der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM), Fahr U., Herrmann, B., May A. T., Reinhardt-Gimour, A., Winkler, E. C. (2011). Empfehlungen für die Dokumentation von Ethikberatung. *Ethik Med*, 23, 155–159. DOI: 10.1007/s00481-010-0086-8.
ANA (American Nurses Association) (Hrsg.) (2015). Moral Distress and You. Supporting Ethical Practice and Moral Resilience in Nursing. First printing: February 2015. Silver Spring, www.NursingWorld.org.
Angerhausen, S. (2008). Demenz- eine Nebendiagnose im Akutkrankenhaus oder mehr? Maßnahmen für eine bessere Versorgung demenzkranker Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41 (6), 460–466. DOI: 10.1007/s00391-008-0018-0.
Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K. M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C., Zegelin, A. (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Aufgerufen am 17.04.2016 unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf.
Bartholomeyczik, S., Holle, D. & Halek, M. (2013). Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz verstehen. Die Verbesserung der Versorgung Demenzkranker durch Qualitätsinstrumente. Weinheim & Basel: Beltz/Juventa.
Bartholomeyczick, S., Halek, M., Müller-Hergel, C., Riesenr, C., Rüsing, D., Vollmar, H. C. & Wilm, S. (2008). Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept. *Pflege & Gesellschaft*, 13 (3), 337–349.
Baumann-Hölzle, R. (2011). 7 Schritte Dialog. *Praxis Palliative Care*, 12; Arbeitsheft.
Baumann-Hölzle, R. & Streuli, J. C. (2009). Sand oder Öl? – Ethik im Getriebe des Gesundheitswesens. *Therapeutische Umschau*, 66, 613–616. DOI: 10.1024/0040-5930668613.
Birnbacher, D. (2016). Patientenverfügungen und Advance Care Planning bei Demenz und anderen kognitiven Beeinträchtigungen. *Ethik Med*, published online: 01. April 2016, DOI: 10.1007/s00481-016-0388-6.
Bobbert, M. (2015). Keine Autonomie ohne Kompetenz und Fürsorge. Plädoyer für die Reflexion innerer und äußerer Voraussetzungen. In: F. Mathwig, T. Meireis, R. Porz & Zimmermann, M. (Hrsg.). Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege. Schesslitz: Theologischer Verlag Zürich.
Brodtkorb, K., Skisland, A., Slettebo, A. & Skaar, R. (2015). Ethical challenges in care for older patients who resist help. *Nursing Ethics*, 22 (6), 631–641. DOI: 10.1177/0969733014542672.
Bryon, E., Casterlé, B. D. de & Gastmans C. (2012). „Because we see them naked“ – Nurses´ experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH). *Bioethics*, 26 (6), 285–295. DOI: 10.1111/j.1467–8519.20.10.01875.x.
Coors, M., Jox, R. J. & Schmitten, J. in der (Hrsg.) (2015). Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: W. Kohlhammer.
Coyle, N. (2016). Legal and Ethical Aspects of Care. New York: Oxford University Press.

Deutscher Ethikrat (2016). Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme. 5. April 2016. Abgerufen am 10. April 2016 unter http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf.

DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde), DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie) (2016). S3-Leitlinie „Demenzen“, Langversion – Januar 2016. Abgerufen am 10. Mai 2016 unter http://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf

Dörries, A., Simon, A. & Marckmann, G. (2015). Ethikberatung im Krankenhaus – Sachstand und kritischer Ausblick. *Ethik Med*, 27, 249–253. DOI: 10.1007/s00481-015-0361-9.

Estrella, M., Roberts, A., Mäurer, A., Fiesbach, J., Buchert, R., Steinhagen-Thiessen, E., Peters, O. & Megges, H. (2016). Akzeptanz der Demenzdiagnostik bei stationären, geriatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, published online 04. März 2016. DOI: 10.1007/s00391-016-1031-3.

Evers, Thomas (2012). Die besondere Ungewissheit im Handeln (2012). Schlüsselprobleme gerontopsychiatrischer Praxis. In I. Darmann-Fink & S. Görres (Hrsg.). IPP Pflegeforschung Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Evers, Thomas (2015). Die besondere Ungewissheit im Handeln – bildungstheoretische und empirisch fundierte Kompetenzerfassung am Beispiel gerontopsychiatrischer Pflegepraxis. Berufs- und Wirtschaftspädagogik online. Aufgerufen am 17.04.2016 unter: http://www.bwpat.de/spezial10/evers_gesundheitsbereich-2015.pdf.

Fourie, C. (2015). Moral Distress and Moral Conflict in Clinical Ethics. Bioethics, 29, 91-97.

Friesacher, H. (2010). Solidarität und Verantwortlichkeit. Eine erweiterte Perspektive auf Gerechtigkeitsdiskurse. In H. Remmers & H. Kohlen (Hrsg.). Bioethics, Care and Gender. Osnabrück: Universitätsverlag.

Gather, J. & Vollmann, J. (2014). Die ärztlich assistierte Selbsttötung und advance care planning – Medizinethische Überlegungen zur Selbstbestimmung am Lebensende von Menschen mit Demenz. *Psychiat Prax*, 41, 385–391. DOI: http://dx.doi.org/10.1055/s0034-1370206.

Giese, C. (2013). Wissen-Können-Sollen: Ethik in der Pflegeausbildung als Ethik eines Care-berufes. Vorüberlegungen zur Förderung (pfege)ethischer Kompetenz. In E. Linseisen & C. Uzarewicz, Katholische Stiftungshochschule München (Hrsg.). Aktuelle Pflegethemen lehren. Stuttgart: Lucius und Lucius Verlagsgesellschaft.

Görres, S., Friesacher, H. (2005). Der Beitrag der Soziologie für die Pflegewissenschaft. Pflegetheorien und Pflegemodelle. In K. Schroeter & T. Rosental (Hrsg.). Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag, 33–51.

Halbmayr-Kubicsek, U. (2015). Autonomie am Lebensende trotz Hochaltrigkeit und kognitiver Beeinträchtigung. *HeilberufeSCIENCE*, 6, 102–108. DOI: 10.1007/s16024-015-0249-0.

Hammar, L. M., Swall, A. & Meranius, M. S. (2015). Ethical aspects of caregivers’ experience with persons with dementia at mealtimes. *Nursing Ethics*, DOI: 10.1177/096973301550812.

Hamric, A. B. (2000). Moral distress in every day ethics. *Nursing Outlook*, 48, 199–201. DOI: 10.1067/mno.2000.110564.

Heil, J. & Zimmermann, B. (2016). Medizinethik als Ethik der Pflege. Auf dem Weg zu einem klinischen Pragmatismus. Berlin, Boston: de Gruyter.

Helle, H.-J. (2001). Theorie der symbolischen Interaktion. Ein Beitrag zum verstehenden Ansatz der Soziologie und Sozialpsychologie. 3., überarbeitete Aufl. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Hermann, H. Trachsel, M. & Biller-Andorno, N. (2016). Einwilligungsfähigkeit: inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil? *Ethik Med*, published online: 19. June 2015, DOI: 10.1007/s00481-015-0360-x.

Hofmann, W. (2013). Demenz im Akutkrankenhaus: Was war neu 2012? Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (3), 198–202. DOI: 10.1007/s00391-013-0485-9.
Höwler, E. (2010). Entstehung von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit den Formen Multi-Infarkt-Demenz und seniler Demenz von Alzheimer Typ in der Langzeitversorgung auf biographischer Ebene. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaften.
Hülsken-Giesler, M. (2015). Professionskultur und Berufspolitik in der Langzeitpflege. In H. Brandenburg & H. Güther (Hrsg.). Lehrbuch Gerontologische Pflege. Bern: Hogrefe.
Isfort, M.; Klostermann, J.; Gehlen, D., Siegling, B. (2014). Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (Hrsg.) Aufgerufen am 17.04.2016 unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf
James, I.A. (2013). Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen, behandeln. Bern: Hans Huber.
Jox, R. J. (2015). Ohne Sinn und Verstand? Demenz und Entscheidungen über Leben und Tod. In R. J. Jox & M. Frings. Gehirn und Moral. Ethische Fragen in Neurologie und Hirnforschung. Stuttgart, New York: Thieme.
Jox, R. (2014). Ethikberatung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir? *Ethik Med*, 26, 87–90. DOI: 10.1007/s00481-014-0303-y.
Jox, R., Ach, J. S. & Schöne-Seifert, B. (2014). Der „natürliche Wille“ und seine ethische Einordnung. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(10), A394–A396.
Jox, R. J. & Borasio, G. D. (2011). Entwicklung einer ethisch-rechtlichen Klinik-Policy. In R. Stutzki, K. Ohnsorge & S. Reiter-Theil (Hrsg.). Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis. Münster, Zürich: Lit Verlag.
Kellner, Anne (2011). Von der Selbstlosigkeit zur Selbstsorge. Eine Genealogie der Pflege. Berlin, Münster, Wien, Zürich, London: Lit Verlag.
Kim, T.W. (1999). G. Simmel, G.H. Mead und der symbolische Interaktionismus. Geistesgeschichtliche Zusammenhänge, soziologische Systematik. Politik und Gesellschaft Würzburger Universitätsschriften 8. Band. Würzburg: Ergon Verlag.
Kirchen-Peters, S. (2012). Analyse von hemmenden und förderlichen Faktoren für die Verbreitung demenzsensibler Konzepte in Akutkrankenhäusern. Endbericht mit Handlungsempfehlungen an die deutsche Alzheimer Gesellschaft. Aufgerufen am 17.04.2016 unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/Endbericht-Kirchen-Peters_Oktober2012_01.pdf
Klinger, C. & Marckmann, G. (2015). Was ist gute Versorgung? Ein ethisches Framework zur Bewertung der Versorgung chronisch Kranker. *Gesundheitswesen*, 77, 533–539. DOI: http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387741.
Kojer, M. & Gutenhaler, U. (2016). Gestörtes Verhalten – Verhalten das uns stört? In M. Kojer & M. Schmidl (Hrsg.). Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Wien: Springer-Verlag. DOI: 10.1007/978-3-7091-1851-1_4.
Krug, H. (2009). Der alte Patient: Herausforderungen an die ethische wie fachliche Kompetenz des Arztes. *Ethik Med*, 21, 101–111. DOI: 10.1007/s00481-009-0012-0.
Kulju, K., Stolt, M., Suhonen, Riitta & Leino-Kilpi, H. (2015). Ethical competence: A concept analysis. *Nursing Ethics*, DOI: 10.1177/0969733014567025.
Löhr, M., Schulz, M. & Behrens, J. (2014). Menschen mit Demenz im Krankenhaus. *Psych Pflege*, 20 (4), 189–195. DOI: 10.1055/s0034-1384777.

Marckmann, G. (2013). Wann ist eine ethische Analyse eine gute ethische Analyse? Ein Plädoyer für die Methodenreflexion in der Medizinethik. *Ethik Med*, 25, 87–88. DOI: 10.1007/s00481-013-0252-x.
Marckmann, G. (2015). Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In G. Marckmann (Hrsg.). Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
Meide, H. van der, Olthuis, G. & Leget, C. (2015). Why frailty needs vulnerability: A care ethical perspective on hospital care for older patients. *Nursing Ethics*, 22(8), 860–869. DOI: 10.1177/0969733014557138.
Milliken, A. (2016). Nurse ethical senistitvity: An integrative review. Nursing Ethics 2016. DOI: 10.11.77/0969733016646155.
Moonga, J., Likupe, G. (2016). A systematic review on nurses' and health care support workers'experiences of caring for people with dementia on orthopaedic wards. *Journal of Clinical Nursing,* 1–16. DOI: 10.1111/jocn.13158.
Motzek, T., Junge, M. & Marquardt, G. (2016). Einfluss der Demenz auf Verweildauer und Erlöse im Akutkrankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, published online 18. April 2016. DOI: 10.1007/s00391-016-1040-2.
NANDA (2013). Pflegediagnosen – Definitionen und Klassifikation 2012–2014. Kassel: Recom.
Neitzke, G. (2015). Ethikberatung und Ethikkomitees als Instrumente der Entscheidungsunterstützung. In G. Marckmann (Hrsg.). Praxisbuch Ethik in der Medizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
Neitzke, G., Riedel, A., Brombacher, L., Heinemann, W. & Herrmann, B. (2015). Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens. AG „Ethikberatung im Gesundheitswesen“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). *Ethik Med*, 27, 241–248. DOI: 10.1007/s00481-015-0354-8.
Oh, Y. & Gastmans, C. (2013). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics*, DOI: 10.1177/0969733013502803.
Pauly, B. M., Varcoe, C. & Storch, J. (2012). Framing the Issues: Moral Distress in Health Care. *HEC Forum*, 24, 1–11. DOI: 10.1007/s10730-012-9176-y.
Pinkert, C. (2014). Patienten mit Demenz im Krankenhaus. Sind Pflegende im Krankenhaus auf die Herausforderungen der Pflege von Menschen mit Demenz vorbereitet? *PADUA*, 9(5), 263–265. DOI: 10.1024/1861-6186/a000209.
Pinkert, C. & Holle, B. (2012). Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(8), 728–734. DOI: 10.1007/s00391-012-0310-1.
Pinkert, C. & Holle, B. (2013). Demenz im Krankenhaus. *Die Schwester/Der Pfleger*, 52 (9), 845–849.
Quack, E. (2015). Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Im Spannungsfeld zwischen Systemlogik und Lebenswelt. Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik, Ausgabe 2/2015.
Remmers, H. (2010). Moral als Mantel menschlicher Versehrbarkeiten. Bausteine einer Ethik helfender Berufe. In H. Remmers & H. Kohlen (Hrsg.). Bioethics, Care and Gender. Osnabrück: Universitätsverlag.
Reiter-Theil, Stella (2010). Die Bedeutung der Ethik für ärztliche Entscheidungen und medizinische Behandlungsprozesse. Studienergebnisse und Hilfestellungen der Klinischen Ethik. In W. Heinemann & G. Maio (Hrsg.). Ethik in Strukturen bringen. Denkanstöße zur Ethikberatung im Gesundheitswesen. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.
Reiter-Theil, S. & Schürmann, J. M. (2016). Unterstützung bei ethischen Fragen – eine methodische Orientierung zur Ethikberatung in der Palliativversorgung. In A. Wienke u.a (Hrsg.). Aktuelle Rechtsfragen der

Palliativversorgung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. DOI: 10.1007/978-3-662-8234-6_3.
Riedel A. (2013). Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung im professionellen Pflegehandeln realisieren. *Ethik Med*, 25, 1–4. DOI: 10.1007/s00481-012-0236-2.
Riedel A. (2014). Ethik-Policy Palliative Sedierung. Theoretische Grundlegungen für ethische Abwägungen in der Praxis. Lage: Jacobs Verlag.
Riedel A. (2015). Welche Perspektive ist maßgeblich? Ethische Reflexion im Rahmen professioneller Pflege älterer Menschen mit kognitiven Veränderungen In A. Frewer, L. Bergemann, & M. Schmidhuber (Hrsg.). Demenz und Ethik in der Medizin. Standards zur guten klinischen Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann.
Riedel A. (2016). Ethik-Leitlinien. Entwicklungsschritte und Potenzialität impliziter Ethikkompetenzentwicklung. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 60, 10–24.
Riedel, A., Huber, J. M., Linde, A.-C. (2013). Wiederkehrende ethische Dilemmata strukturiert reflektieren. *Psych Pflege*, 19, 261–268. DOI: 10.1055/s-0033-1356776.
Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2016). General Hospital Study - GHost. Zusammenfassung einer repräsentativen Studie zu kognitiven Störungen und Demenz in Allgemeinkrankenhäusern von Baden-Württemberg und Bayern. www.bosch-stiftung.de
Rufer, L. & Baummann-Hölzle, R. (2015). Mantelbüchlein Medizin & Ethik III. Ethische Entscheidungsfindung und Therapieplanung im Dialog. Zürich: Schulthess.
Rüsing, D., Herder, K., Müller-Hergl, C., Riesner, C. (2008). Der Umgang mit Menschen mit Demenz in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung. Problematische Situationen, Wissensbedarfe und Selbsteinschätzungen. Eine deskriptive Studie. *Pflege und Gesellschaft*, 13 (4), 306–320.
Salloch, S., Ritter, P., Wäscher, S., Vollmann, J. & Schildmann, J. (2016). Was ist ein ethisches Problem und wie finde ich es? Theoretische, methodologische und forschungspraktische Fragen der Identifikation ethischer Probleme am Beispiel einer empirisch-ethischen Interventionsstudie. *Ethik Med*, published online: 15. February 2016, DOI: 10.1007/s00481-016-0384-x.
Sampson, E., White, N., Leurent, B. Scott, S., Lord, K., Round, J., Jones, L. (2015). Behavioral and Psychatric Symptoms in People with Dementia Admitted to the Acute Hospital: Prospective Cohort Study. *Br J Psychiatry*. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.130948.
Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. (2016). The meaning of vulnerability to older persons. Nursing Ethics, 23 (4), 372-383.
Sauer, T. (2015). Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. Empirische Daten und theoretische Überlegungen. *Ethik Med*, 27, 123–140. DOI: 10.1007/s00481-014-0291-y.
Schaider, A., Borasio, G. D., Marckmann, G. & Jox, R. J. (2015). Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens: eine Interviewstudie mit Klinikern. *Ethik Med*, 27, 107–121. DOI: 10.1007/s00481-013-0285-1.
Schnetter, H. (2015). Mit Demenz im Akutkrankenhaus. *Heilberufe/das Pflegemagazin*, 67, 28–30.
Schütz, D. & Füsgen, I. (2013). Die Versorgungssituation kognitiv eingeschränkter Patienten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (3), 203–207. DOI: 10.1007/s00391-013-0482-z.
Schäffer, D.; Wingenfeld, K. (2008). Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen. *Pflege und Gesellschaft* 13 (4), 293–305.
Strech, D., Mertz, M., Schmidhuber, M., Neitzke, G. & Kahrass, H. (2015). Zur Berücksichtigung ethischer Aspekte in Demenzleitlinien. *Die Psychiatrie*, 12 (1), 35–41.

Tanner, S., Albisser Schleger, H., Meyer-Zehnder, B., Schnurrer, V., Reiter-Theil, S. & Pargger, H. (2014). Klinische Alltagsethik – Unterstützung im Umgang mit moralischem Disstress? *Medizinische Klinik- Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 109(5), 354–363. DOI: 10.1007/s00063-013-0327-y.
Trachsel, M., Hürlimann, D., Hermann, H. & Biller-Ardorno, N. (2015). Umgang mit besonderen Herausforderungen bei der ärztlichen Beurteilung von Urteilsfähigkeit. *Bioethica Forum*, 8 (2), 56–59.
van der Steen, J. T., Radbruch, L., Hertogh, C., de Boer, M. E., Hughes, J. C., Larkin, P., Francke, A. L., Jünger, S., Gove, D., Firth, P., Koopmans, R. & Volicer, L. on behalf of the European Association for Palliative Care (EAPC) (2014). White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphis study and recommandations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 28(3), 197–209. DOI: 10.1177/026921631349685.
Veer, A. J.E. de, Francke, A. L., Struijs, A.& Willems D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlation questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 100–108. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017.
Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (2010). Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik Med*, 22, 149–153. DOI: 10.1007/s00481-010-0053-4.
Wils, P. & Baumann-Hölzle, R. (2013). Mantelbüchlein Medizinethik II. Vertiefung. Zürich: Schulthess.
Wöhlke, S., Wiesemann, C. (2016). Moral distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning. Pflegewissenschaft, 18 (5/6), 280-287. DOI: 10.3936/1346.
Wolke, R., Riedel, A., Siegle, A. & Schmidt, K. (2015). Demenzgerechte Pflege im Krankenhaus. Konzeptentwicklung und Evaluation in der Pflegepraxis. Lage: Jacobs Verlag.
Woopen, C. (2014). Die Bedeutung von Lebensqualität – aus ethischer Perspektive. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ)* 108, 140–145. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2014.03.002.
Zander-Schneider, G. & Schneider, W. (2015). Zwei Welten treffen aufeinander. In A. Frewer, L. Bergemann, & M. Schmidhuber (Hrsg.). Demenz und Ethik in der Medizin. Standards zur guten klinischen Praxis. Würzburg: Königshausen & Neumann.
Zerth, J. (2016). Dienstleistungsproduktion bei der Demenzversorgung: Eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Rollen eines „Teamproduktionsphänomens“. In M. A. Pfannenstiel u.a. (Hrsg.). Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI: 10.1007/978-3-658-08429-5_13.

Zu den Autorinnen

Prof. Dr. Annette Riedel, M.Sc. (Palliative Care),
Studiengänge Pflege/Pflegemanagement und Pflegepädagogik, Master Pflegewissenschaft, Studiendekanin Bachelor Pflegepädagogik (BPP) Hochschule Esslingen
University of Applied Sciences
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstr. 101
D-73732 Esslingen
Tel. +49(0)711. 397-4564
Kontakt: annette.riedel@hs-esslingen.de

Prof. Dr. Annette Riedel, M.Sc. ist seit 2008 Professorin an der Hochschule Esslingen. In den Pflegestudiengängen (Bachelor und Master) lehrt sie in den Schwerpunkten Pflegewissenschaft und Ethik. 2011 bis 2015 leitete sie gemeinsam mit Herrn Prof. Dr. Wolke das vom BMBF geförderte Projekt „Demenzgerechte Pflege

im Krankenhaus“. Weitere Forschungsprojekte umfassen die (Pflege-)Ethik, insbesondere im Kontext von Ethikberatung und der Ethik-Leitlinien-Entwicklung. Sie ist seit mehreren Jahren Mitglied im Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM).
Kontakt: annette.riedel@hs-esslingen.de

Anne-Christin Linde ist Pflegepädagogin (B.A.) und Pflegewissenschaftlerin (M.A.) am evangelischen Bildungszentrum für Gesundheitsberufe Stuttgart, dort unter anderem Referentin in der Fortbildungsreihe ‚Krankenhaus und Demenz‘. Forschungs- und Fortbildungstätigkeiten beziehen sich auf den Bereich der (Pflege-)Ethik.
Kontakt: linde.ac@hotmail.com